



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA COORDENAÇÃO DE  
PESQUISA

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA  
VOLUNTÁRIA – PICVOL 2019/2020

**PROJETO DE PESQUISA: SOBRECARGA DE CUIDADORES DE PESSOAS  
COM TRANSTORNO MENTAL: UMA INTERVENÇÃO EM GRUPO DE  
TERAPIA OCUPACIONAL**

**PLANO DE TRABALHO: SOBRECARGA DE CUIDADORES DE PESSOAS COM  
TRANSTORNO MENTAL: UMA INTERVENÇÃO EM GRUPO DE TERAPIA  
OCUPACIONAL - ENCONTRO**

Relatório Final

Período da bolsa: 01/08/2019 a 31/07/2020

Este projeto é desenvolvido com bolsa de iniciação científica PICVOL

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	3
1.1 Processo de desinstitucionalização psiquiátrica .....	3
1.2 Família e o paciente com transtorno mental .....	4
1.4 Terapia Ocupacional com a família de pacientes com transtorno mental ..	6
2. OBJETIVOS .....	7
2.2 Objetivo geral .....	7
2.3 Objetivos específicos .....	7
3. METODOLOGIA .....	8
3.1 Percurso Metodológico .....	8
3.2 Participantes da pesquisa .....	8
3.3 Instrumentos de pesquisa .....	8
3.4 Coleta de dados .....	8
3.5 Análise de dados .....	9
4.RESULTADOS E DISCUSÕES .....	10
4.1 Caracterizando os sujeitos da pesquisa .....	10
5. CONCLUSÕES .....	15
6. PERSPECTIVAS DE FUTUROS TRABALHOS .....	16
7. REFERÊNCIAS .....	17
8. JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO PLANO DE TRABALHO .....	20

## **1 INTRODUÇÃO**

A problemática da sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos se acentuou no contexto da Reforma Psiquiátrica, ocorrida em diversos países, nas últimas décadas. Para situar o problema em questão, a presente pesquisa tem como ponto de partida a descrição do processo de desinstitucionalização psiquiátrica, focalizando sua trajetória e consequências. Uma vez situado o problema, prossegue-se expondo a experiência da família dentro do processo de desinstitucionalização, abordando a questão das dificuldades enfrentadas pelos familiares cuidadores e a sobrecarga resultante do desempenho deste papel. Por fim, a terapia ocupacional com saúde mental e na ajuda com essa família, por meio dos atendimentos em grupo.

### **1.1 Processo de desinstitucionalização psiquiátrica**

De acordo com Machado (2009), a loucura foi entendida ao longo do tempo por várias perspectivas diferentes, sendo que nem sempre esteve sob o domínio de uma área de conhecimento específica.

No século XX a psiquiatria se consolidou como saber médico. Foi a época também que surgiram os primeiros movimentos que visavam modificar a forma como o paciente psiquiátrico era atendido (RIBEIRO, 1999). Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), demonstraram em sua pesquisa que a história dos serviços de saúde mental pode ser dividida em três fases. A primeira, marcada pelo crescimento dos asilos; a segunda, pelo declínio desses asilos nos países desenvolvidos; e a terceira pela ênfase nos serviços comunitários de saúde. Teve início então, um movimento de modernização dos serviços psiquiátricos na Europa e nos EUA (LOUGON, 2006), cujos objetivos principais eram a diminuição das internações psiquiátricas e a realização do tratamento na comunidade.

A forma como a desinstitucionalização foi implantada em alguns países acarretou diversos problemas que merecem atenção. O primeiro apontado por Birman e Costa (1994) se refere ao fenômeno “os loucos na rua”, que teria sido resultado da retirada dos pacientes psiquiátricos dos hospitais nos EUA.

O segundo problema visto por Morgado e Lima (1994), é a questão do envolvimento maior de pacientes psiquiátricos com a justiça ou com a polícia do que os “não pacientes”. E por fim, o terceiro problema apresentado por Lougon (2006) se refere à privatização dos serviços prestados aos pacientes. A mudança na assistência psiquiátrica ocorreu de forma diferente nos diversos países, sendo influenciada pelo momento histórico e pelo contexto social, econômico e político de cada um deles. Em comum,

tinham como objetivo promover uma reforma no antigo modelo de atenção psiquiátrica, propondo realizar o tratamento dos pacientes na comunidade (LOUGON, 2006).

Na maior parte do mundo os hospitais psiquiátricos predominaram como forma de assistência psiquiátrica, no entanto aos poucos esse modelo foi sofrendo várias críticas e se desgastando. Em síntese, da década de 1950 em diante, os cuidados prestados aos pacientes psiquiátricos têm sido deslocados dos hospitais para os serviços comunitários. No entanto, muito ainda é preciso ser feito para que as dificuldades da desinstitucionalização não superem seus benefícios. Observa-se uma necessidade de investimentos de recursos no campo da saúde mental, implantação de serviços substitutivos e acompanhamento contínuo dos pacientes (VIDAL; BANDEIRA; CONTIJO, 2008).

Brasil sofreu influência desses novos ideais, mas teve particularidades marcadas por uma forte movimentação política e pelos desafios de um país em desenvolvimento. Outro diferencial em comparação aos outros países foi que no Brasil a reforma psiquiátrica iniciou duas décadas mais tardes, nos anos 70 (BARROSO; SILVA, 2011).

Barroso e Silva (2011), apontam a reforma psiquiátrica como um processo que ainda acontece nos dias de hoje, sendo que é possível ver os avanços, no entanto esses autores indicam algumas dificuldades ainda encontradas nesse processo a exemplo da falta de profissionais qualificados nesses serviços comunitários, e da falta de preparo da família para o convívio com esses pacientes que antes ficavam internados.

## **1.2 Família e o paciente com transtorno mental**

Até 1980, as famílias foram radicalmente banidas do tratamento do doente mental, as visitas nos hospitais eram proibidas e as cartas enviadas por familiares e pacientes eram avaliadas e, na maioria das vezes, vetadas pelos profissionais. Além de serem afastadas, as famílias também eram apontadas como causadoras da doença, na medida em que eram responsáveis pela educação falha dos pacientes. Neste contexto, os asilos e o poder médico teriam a função de reeducar os pacientes e eram considerados os únicos capazes de curá-los (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

No Brasil, somente em 1980, com a Reforma Psiquiátrica, esse quadro começou a mudar e a família voltou a fazer parte do cenário de assistência ao paciente psiquiátrico, deixando de ser culpabilizada pela doença e passando a ser considerada uma importante aliada no processo de reabilitação do paciente (PEREIRA; PEREIRA, 2003). Além disso, as famílias foram incluídas no processo de desinstitucionalização, pois precisariam dar um suporte aos pacientes que viessem receber alta, no entanto,

não tinham conhecimento e nem a preparação necessária para exercer este papel (WAIDMAN et al., 1999).

Segundo Colvero, Ide, Rolim (2004), a lógica anterior a reforma psiquiátrica era de o hospício tratar a loucura e a família ser excluída desse tratamento. No entanto o cenário que se tem a partir da reforma é a de inclusão desse indivíduo na sociedade. Com grande foco na família, onde ela vai ser incluída como protagonista no cuidado.

Os pacientes psiquiátricos e seus familiares tiveram que aprender que o local de tratamento havia mudado, não era mais o hospital e sim a comunidade. Isso significou abandonar a ideia, pregada por décadas, de que a responsabilidade do cuidado deveria ser centrada nos profissionais e nas instituições especializadas (TESSLER; GAMACHE, 2000).

A partir do momento em que se tem a família no centro do cuidado aos transtornos mentais, é preciso pensar que para ela cumprir com suas responsabilidades como cuidadora necessita de suporte, preparo e apoio dos profissionais (PEREIRA; PEREIRA JR, 2003).

As pesquisas apontam que a sobrecarga dos familiares cuidadores é ainda maior devido à falta de um apoio eficiente dos serviços de saúde mental e dos profissionais da área. Mesmo com as modificações que vêm ocorrendo na assistência psiquiátrica, nas últimas décadas, ainda são poucos os serviços de saúde mental no Brasil que, além de tratarem o doente, também oferecem às famílias o apoio e o cuidado necessários (WAIDMAN et al., 1999; YACUBIAN; NETO, 2001).

A sobrecarga que a família enfrenta causa desgaste físico, emocional e mental. Podendo ser amenizado por um suporte prestado pelo serviço de saúde, e criando vínculo entre o serviço e a família (MIELKE et al, 2010).

Assim, para que ocorra uma mudança efetiva na forma de atendimento, é preciso que os serviços de saúde mental elaborem programas que visem atender além do paciente, também, às necessidades das famílias, quer em decorrência de um primeiro episódio de sofrimento psíquico ou quando se trata de pacientes com um histórico de inúmeras internações (MORENO; ALENCASTRE, 2003). Os serviços de saúde mental devem possibilitar que os familiares expressem seus pontos de vista e dificuldades diante da tarefa de cuidar de um paciente psiquiátrico (YACUBIAN; NETO, 2001).

### **1.3 Terapia Ocupacional com a família de pacientes com transtorno mental**

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, "confinando-o" à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo, ou entregue à própria sorte. Espera-se muito mais,

incluindo o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito à sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento, sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

A conscientização da família por parte do Terapeuta Ocupacional é importante, tanto no auxílio do tratamento quanto na idealização que esta se torne um agente modificador da sociedade. A pesquisa de Palva; Stefanelli e Arantes (2000) relatada que os familiares não tinham orientações suficientes e realistas da patologia do familiar, o que dificultava todo processo. Para esses autores, o ideal seria que o cuidador tivesse informações quanto o prognóstico da doença e as limitações na capacidade do indivíduo.

O terapeuta ocupacional, no campo da saúde mental, é um dos profissionais aptos a intervir junto à esses familiares, apresentando diferentes estratégias de intervenção, entre elas as oficinas e grupos terapêuticos, que constituem um dispositivo de tratamento bastante utilizado na clínica da profissão (BARATA; COCENAS; KEBBE, 2010).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Investigar a sobrecarga de cuidadores de usuários com sofrimento psíquicos e as consequências para suas vidas cotidianas.

### **2.2 Objetivos específicos**

- realizar o questionário com os cuidadores de usuários com sofrimento psíquico, descrevendo e organizando os relatos obtidos com este questionário de acordo com temas e objetivos a serem alcançados no trabalho
- investigar a sobrecarga objetiva e subjetiva de um grupo de familiares e as consequências para suas vidas cotidianas

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Percurso Metodológico

Esta pesquisa utiliza da metodologia qualitativa que envolve o estudo do uso e a coleta de uma variedade de materiais empíricos, sejam estes: estudo de casos; experiência pessoal; introspecção; história de vida; entrevista; artefatos; textos e produções culturais; textos observacionais/registros de campo; históricos interativos e visuais – que descrevem momentos significativos rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos (DENZIN; LINCOLN et al. 2006).

#### 3.2 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa são cuidadores de usuários com sofrimento psíquico, que frequentam dois Centro de Atenção Psicossocial de Lagarto, que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam a entrevista por meio de um aplicativo digital.

#### 3.3 Instrumentos da pesquisa

O único instrumento utilizado na pesquisa foi um semi-estruturado elaborado pelos pesquisadores, contendo 35 perguntas, abertas e fechadas, referente a questões subjetivas e a sobrecarga dos cuidadores de usuários com sofrimento psíquico.

#### 3.4 Coleta de dados

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa os pesquisadores fizeram uma busca em conjunto com os responsáveis pelo Centro de Atenção Psicossocial, dos telefones dos cuidadores dos usuários com sofrimento psíquico. Assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário foram enviados por meio de um aplicativo digital para cada participante, sendo que para responder o questionário o participante teria que ter assinado o TCLE. O TCLE. **Esta parte da pesquisa foi o objtevio deste plano de trabalho, na qual o pesquisador ficou responsável em realizar todos estes encontros com os participantes, descrevendo todas as entevistas e separados em tópicos de acordo com as respostas dadas e os objetivos propostos.**

**Este plano foi alterado, pois inicialmente tinha como proposta que fizessemos encontros com estes cuidadores, onde poderia ser utilizado atividades expressivas, além do questionário. No entanto, o ano passado ficou no aguardo do Comitê de**



**Ética e fazendo a parte introdutória dos dados, ficando os encontros para serem realizados este ano após retorno das férias em março, mas assim que as aulas retornaram iniciou o afastamento social devido a Pandemia COVID-19, o que impossibilitou estes encontros serem presenciais, por isso optou-se pelo questionário online, conseguindo alcançar os objetivos propostos de outra maneira.**

### **3.5 Análise dos dados**

Realizou-se a análise descritiva dos dados da entrevista para caracterização da sobrecarga dos cuidados.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Considerando o momento atual do país com a pandemia do COVID-19, ao invés da entrevista ser presencial como proposto no planejamento inicial deste projeto, optou-se pelo envio de um questionário por meio de uma plataforma digital. Foi realizada análise de conteúdo das respostas dos participantes da pesquisa, na qual foram realizadas várias leituras flutuantes tomando contato com os documentos a serem analisados, conhecendo o contexto e deixando fluir impressões e orientações. Apreendendo de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais. Após feitas a seleção das unidades de análise (ou unidades de significados), na qual os pesquisadores foram orientados pelas questões da pesquisa que necessitavam ser respondidas, utilizando principalmente os objetivos do trabalho.

A análise dos dados surge a partir das entrevistas feitas com os cuidadores. Foram enviados questionários para 23 usuários, onde, oito responderam. Os resultados serão apresentados em tópicos e/ou temas, entendendo a grande quantidade de perguntas e as respostas cruzadas em assuntos semelhantes, permitindo uma melhor compreensão.

### **4.1 Caracterizando os sujeitos da pesquisa**

Neste plano de trabalho trarei os dados obtidos com os questionários respondidos, trazendo as informações obtidas, pois no outro plano de trabalho o pesquisador fez toda a análise dos dados.

Dentre os oito participantes da pesquisa, 71,4% concluíram o ensino médio, 14,3% concluíram o ensino superior e 14,3% concluíram o ensino fundamental.

O cuidador é a pessoa que presta cuidados à outra que esteja necessitando, por estar com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. Com relação ao grau de escolaridade observou-se que a maioria dos cuidadores possuía ensino médio completo, mas entende-se que esta característica inerente aos mesmos não se diferenciou quando correlacionados com as principais dificuldades encontradas no ato de cuidar. Além disso, de acordo com uma pesquisa realizada por Araújo et al. (2013) revelou que cuidadores com escolaridade alta eram afetados pelos mesmos problemas de cuidadores com nível escolar baixo, entretanto, a escolaridade, também pode influenciar na qualidade da assistência, uma vez que o cuidador precisa ler bulas de remédios, entender dosagens e via de administração para melhor prover o cuidado, além da conscientização dos principais sinais e sintomas das doenças. A idade entre os participantes varia entre 25 e 56 anos, sendo que 57,1% são solteiros, 28,6% são casados e 14,3% divorciados.

De acordo com Velasco (2018) mesmo não assumindo diretamente o cuidado com o usuário, os conjuges dos cuidadores também sofrem as influência dessa ação. Isso porque, diante da decisão de residir e prestar os cuidados, os participantes relataram vivenciar diversas mudanças, principalmente em suas rotinas diárias, pois os seus compromissos e horários passaram a ser organizados conforme as necessidades dos usuários. Revelaram, também, alterações nas suas rotinas de descanso, atividades em família e mudanças na vida profissional:

***“[...] tudo foi modificado, tudo mudou, não é mais possível fazer o que eu fazia antes, nem trabalho e muito menos lazer, já me acostumei [...]” (Cuidadora 6).***

***“[...] gosto de arrumar a casa, cuidar das plantas do jardim, mas nem isso estou podendo no momento, muita sobrecarga, só estou conseguindo fazer o essencial [...]” (Cuidador 1)***

Entre o grau de parentesco tem-se filhos, primos, pais, irmãos e amigos. A maioria dos cuidadores está neste cuidado a mais de 10 anos, sendo que apenas um deles, está como cuidador a um ano, além disso, 57,1% moram com o cuidador, ou seja, 65% cuida do usuário mais de 12 horas por dia.

***“[...] cansado, porque o que cansa mais na maioria das vezes é o psicológico, lidar com alguém esquizofrênico, não é fácil, fico perdido muitas vezes [...] tenho que ficar atenta 24 horas por dia, minha mente não descansa nunca, está sempre trabalhando” (Cuidador 4).***

Os pacientes psiquiátricos e seus familiares tiveram que aprender que o local de tratamento havia mudado, não era mais o hospital e sim a comunidade. Isso significou abandonar a ideia, pregada por décadas, de que a responsabilidade do cuidado deveria ser centrada nos profissionais e nas instituições especializadas (TESSLER; GAMACHE, 2000).

A família passou a fazer parte do cotidiano dos usuários, atendendo suas necessidades básicas, coordenando suas atividades diárias, administrando sua medicação, acompanhando-os aos serviços de saúde, lidando com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecendo-lhes suporte social, arcando com gastos e superando as dificuldades dessas tarefas (BANDEIRA; BARROSO, 2005; BARROSO, 2006). No entanto, essas responsabilidades podem acarretar em uma sobrecarga para os

familiares podendo ser emocionais, financeiras e físicas (DEMARCO; JARDIM; KANTORKI; 2015).

Na casa do usuário, 50% tem três residindo junto, 33,3% duas e 16,7% mais de cinco, portanto as tarefas poderiam ser divididas para que a sobrecarga e cansaço fossem amenizados. No entanto, isso não foi percebido na falas.

***“[...] queria ser melhor orientada pelos profissionais, sabendo como fazer e compreender melhor, cuidar melhor e que as outras pessoas da família se conscientizam que ele precisa ser cuidado o tempo todo e me ajude um pouco [...]” (Cuidador 11).***

Com relação a outras atividades realizadas pelos cuidadores, 57,1% relata que não tem trabalho fora de casa, principalmente pela dificuldade de conciliar sua rotina de cuidado com o usuário e outras atividades do seu dia.

Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008) consideram importante ressaltar que a sobrecarga dos cuidadores familiares é um ator estressante, pois o cuidador assume múltiplas funções tornando-se o único responsável, e pouco sendo auxiliado por outros membros da família, o que leva ao desgaste físico e mental, podendo prejudicar o controle da doença e a qualidade de vida não apenas do doente, mas de toda a família.

***“[...] não tenho trabalho, minha rotina não tem mais espaço para mim [...]” (Cuidador 5).***

***“[...] minhas atividades, são cuidar da casa, cuidar dele e cuidar dele [...] não dá para fazer mais nada [...]” (Cuidador 3)***

De acordo com Almeida et al. (2010) o cuidado com o paciente em sofrimento psíquico grave requer adaptações na vida diária, e os cuidadores acabam por desistir ou mudar os seus objetivos, deixando de viver sua realidade e vivendo uma construída a partir do convívio com o usuário.

***“[...] toda a rotina se modificou, mudei tudo, pois preciso cuidar 24 horas por dia, o tempo todo [...]” (Cuidador 7).***

Os usuários disseram que os planos de suas vidas precisaram ser alterados, por isso seis dos oito participantes disseram que gostariam que suas vidas fossem diferentes. Entretanto, apesar da maioria dos entrevistados se sentirem cansados, com seus planos de

vida alterados e 85% sentirem vontade que suas vidas fossem diferentes, 75% deles querem continuar com este cuidado para sempre e 100% relatam que gostam de realizar este cuidado, se mostrando sensíveis a esta tarefa que dispendem aos usuários.

***“[...] eu gosto de cuidar, pelo amor que sinto, é uma pessoa muito importante na minha vida [...]” (Cuidador 3).***

Sobre a pergunta se queriam mudar algo em suas vidas, foi consensual a necessidade de uma colaboração no cuidado com o usuário, para que pudessem ter um tempo para realizar as suas atividades e quando precisasse sair, aliviando um pouco a sobrecarga.

***“[...] gostaria que a família se conscientizasse da necessidade e importância de cuidar dele um pouco [...] as tarefas seriam divididas e o cansaço e sobrecarga menor [...]” (Cuidador 5).***

De acordo com Teixeira (2005) a qualidade de vida dos cuidadores de esquizofrênicos acaba sendo prejudicada, pois em uma pesquisa realizada pelo autor, foi possível identificar nas falas dos participantes a necessidade de um tempo para si mesmo. A gravidade dos casos, os fracassos sociais dos pacientes e as dificuldades de interação geram sentimentos de frustração e desespero nos familiares. O principal cuidador passa a colocar suas necessidades e vontades em segundo plano, podendo gerar acúmulo de responsabilidades, estresse, isolamento e custos financeiros adicionais, tornando-se sobrecarregado (CARDOSO et al., 2012; SOUZA et al., 2009).

Cabe ressaltar, que estes cuidadores são expostos constantemente aos efeitos, muitas vezes, negativos dos transtornos mentais e também necessitam de assistência e suporte dos serviços de saúde e outros órgãos. No questionário, 57,1% gostaria de ter um melhor apoio e orientação profissional.

***“[...] sinto falta de uma ajuda maior dos profissionais e serviços [...]” (Cuidador 2)***

Bandeira (2011) afirma que a parceria dos profissionais de saúde com a família pode ser bastante benéfica para o tratamento do usuário, incidindo na diminuição das internações, na redução de conflitos familiares e diminuindo a sobrecarga sentida pelos cuidadores. A família pode, muitas vezes, ver-se em uma situação de desamparo diante da ansiedade por não saber lidar com a rotina do paciente, com os comportamentos ditos

problemáticos, a administração da medicação e os próprios impasses cotidianos produzidos pela experiência de adoecimento (ALMEIDA, 2010). Olschowsky e Schrank (2008) destacam que o cuidado deve ser uma ação coletiva e compartilhada entre equipe de saúde e família, para promover a autonomia do usuário, reconquistar sua cidadania e seu espaço na sociedade.

Delgado (2014) destaca que o envolvimento de familiares em projetos de educação em saúde – e que visam esclarecer questões relacionadas ao adoecimento e a promover o compartilhamento de conhecimento e experiências – apresenta resultados positivos e auxilia nas estratégias de lidar; por isso o autor ressalta, ainda, que os CAPS precisam refletir sobre a relação entre os profissionais do serviço e os familiares, como clientes ou como parceiros no cuidado.

## 5 CONCLUSÕES

A sobrecarga dos cuidadores de pacientes com sofrimento psíquico já é estudada na literatura mundial. Com a reforma psiquiátrica os cuidadores passaram a ter um envolvimento afetivo e social fundamental para o tratamento da doença e para a construção da cidadania do paciente. Portanto, considerando que o núcleo familiar é o principal meio de convívio do usuário com sofrimento psíquico, a família assume cada vez mais o papel de cuidador, com maiores responsabilidades neste cuidado, o que inegavelmente acarreta alterações nas atividades cotidianas, no orçamento familiar e maiores preocupações, gerando sobrecarga ao principal cuidador.

Entretanto, é necessário que se reconheça as dificuldades de estabelecer estratégias que possam suprir a complexidade desse novo paradigma. O cuidar é, de alguma forma, atribuído a pessoas por vezes ainda não adaptadas a essa nova situação. Portanto, deveriam ser propostas ações em saúde pública que contemplassem esses importantes atores no tratamento do sofrimento psíquico. Essas ações seriam voltadas principalmente para a redução dos agravos nas dimensões física, psíquica e social dos cuidadores. Diante disso, certifica-se que a família precisa se sentir preparada para receber e cuidar do usuário no ambiente familiar, orientada pelos profissionais de saúde mental, de forma que possa expor livremente todos os seus problemas, dificuldades e dúvidas, e, assim, se sentir segura para enfrentar situações complicadas, advindas da convivência com o sujeito em sofrimento psíquico. Portanto, as intervenções psicossociais de cuidado aos familiares precisam ser cada vez mais adotadas nos serviços de saúde mental.

## **6 PERSPECTIVAS DE FUTUROS TRABALHOS**

Este estudo apresenta algumas limitações, como a não possibilidade de encontros presenciais, que era inicialmente o objetivo da pesquisa, assim a quantidade de participantes ficaram muito limitadas. Além do instrumento de coleta de dados, que foi o questionário, limitar um pouco na coleta dos dados. Por isso existe o desejo é que novos trabalhos possam ser realizados utilizando de encontros presenciais e grupos de terapia ocupacional por meio de atividades expressivas.



## 7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA et al. Sobrecarga de cuidadores de esquizofrênicos. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul**;32(3) – 77, 2010.

ARAÚJO, J. S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, vo. 16, nº1, Rio de Janeiro, 2013.

BANDEIRA, M. **Desinstitucionalização ou transinstitucionalização**: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40(7), 355-360, 1991.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. A sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 54(1), 34-46, 2005.

BARATA, D. A.; COCENAS, S. A.; KEBBE, L. M. Coordenação de grupos de terapia ocupacional em enfermaria psiquiátrica – relato de supervisão realizada com uma estagiária. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 18, n. 2, p. 181-190, 2010.

BARROSO, S.M. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos**: avaliação de fatores associados. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2006.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiatria Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, vol. 12, nº 1,

BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 118-123, jan-mar, 2008.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. **Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária**. In: Paulo Amarante (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, (pp. 41-71), 1994.

CARDOSO L, et al. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**. Fev, 6];46(2):513-7, 2012.

CASTRO, E. D. D; LIMA, E. M. F. D. A. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.11, n.22, p.365-76, mai/ago 2007.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 38 (2): 197-205, 2004.

DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01103.pdf>>. Acessado: em 12 de julho de 2020.

DEMARCO, D. A., JARDIM, V. M. R.; KANTORKI, L. P. Fatores associados à sobrecarga em familiares... Português/Inglês. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 9(1):212-9, jan., 2015 212 . ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/r euol.6817-60679-1-ED.0901201529

LIEBMANN, M. **Exercícios de arte para grupos: um manual de temas, jogos e exercícios**. 4. ed. São Paulo: Summus, 2000.

LOUGON, M. **Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MACHADO, S. B.. Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. **Ágora (Rio J.)**, vol.12, n.2, 2009.

MARTENS, L.; ADDINGTON, J. The psychological wellbeing of family members of individual with schizophrenia. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 36: 128-133, 2001.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. out/dez;12(4):761-5, 2010. Disponível em:: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 37(2), 43-50, 2003.

MORGADO, A.; LIMA, L. A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 43(1), 19-28, 1994.

PALVA, S. M. A. D; STEFANELLI, M. C; ARANTES, E. C. Grupo familiar na convivência com o doente mental: programa de educação em saúde. **Fam. Saúde Desenv**, Curitiba, v.2, n.1, p.21-29, jan./jun. 2000

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA, A. JR Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 37(4), 92-100, 2003.

RAMMOHAN, A. et al. Religious coping and psychological well-being in carers of relatives with schizophrenia. **Acta Psychiatr Scand**, 105: 356-62, 2002.

RIBEIRO, P. R. M. Da psiquiatria a saúde mental: II- As renovações em psiquiatria e a ascensão das áreas afins. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 48 (4): 143-149, 1999.

SOUZA, M. D. et al. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Rev. Eletr. Enf.** out 31];11(1):124-32, 2009.

TEIXEIRA, M. B. Qualidade de vida de familiares de cuidadores do doente esquizofrênico. **Rev Bras Enferm**. 2005;58(2):171-5, 2005

TESSLER, R. C.; GAMACHE, G. M. **Family Experiences with Mental Illness**. Auburn House, Westport, 2000.

YACUBIAN, J.; NETO, F. L. Psicoeducação Familiar. **Fam. Saúde Desenv**, Curitiba, v.3, n.2, p.98- 108, jul./dez. 2001.

VELASCO, H. J. L. et al. Influências da sobrecarga no cônjuge do cuidador do idoso fragilizado. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, 12 (3): 658-64, mar., 2018.

WAIDMAN, M.A. P. et al. **Família e doença mental. Família, Saúde e Desenvolvimento**, 1(1/2), 27-32, 1999.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 57 (1), 70-79, 2008.

## **8 JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO PLANO DE TRABALHO**

Meu plano de trabalho foi alterado, pois tinha como objetivo realizar encontros de Terapia Ocupacional, utilizando de atividades expressivas, com os cuidadores de usuários com sofrimento psíquico de um Centro de Atenção Psicossocial do interior do Estado de Sergipe. Estes encontros seriam neste ano logo no início do ano letivo, no entanto, devido ao momento atual do país com a pandemia do COVID-19 e a necessidade do afastamento social, foi necessária a adaptação do plano com a nova proposta de enviar um questionário para os cuidadores de dois Centros de Atenção Psicossocial. Os objetivos foram alcançados, mas com um grupo de participantes menores e sem a possibilidade dos encontros